

Kontraindikace

- infekční nemoci přenosné z člověka na člověka a bacilonosičství
- všechny nemoci v akutním stádiu
- klinické známky oběhového selhání
- maligní arytmie
- stavy po hluboké trombóze do 3 měsíců po odeznění nemoci
- stavy po povrchové tromboflebitidě do 6 týdnů po odeznění nemoci
- labilní diabetes mellitus a dekompenzovaný diabetes mellitus
- často se opakující profuzní krvácení všeho druhu
- kachexie všeho druhu
- zhoubné nádory
- epilepsie dekompenzovaná
- aktivní ataky nebo fáze psychóz a duševní poruchy s asociálními projevy
- transitorní stavy zmatenosti
- nehojící se kožní defekty jakéhokoliv původu
- těžká osteoporóza
- stomie
- zvýšená teplota
- těžké strukturální změny subluxace kyčelních kloubů více jak 50%, skolióza, rigidní svalové kontraktury
- progresivní genetické, nebo metabolické onemocnění

Čestné prohlášení

Já žadatel /

zákonný zástupce nezletilé/ho.....

Prohlašuji, že jsem se seznámil/la s kontraindikacemi. Není mi známo nic, co by bránilo mému dítěti v absolvování pohybové terapie TheraSuit. Od poslední ortopedické kontroly mé dítě nepodstoupilo žádnou operaci, nezměnil se zdravotní stav tak, aby bránil v absolvování terapie. Seznámil/la jsem se podrobně s poučením. Jsem si vědom/ma následků při jeho porušení.

Zavazuji se, že budu plně respektovat plán trenéra TheraSuit, budu dodržovat doporučená opatření, ctít vytyčený harmonogram.

Souhlas

Seznámil/la jsem se s platnými smluvními podmínkami a souhlasím s nimi.

Datum	Místo	Podpis žadatele	Podpis zákonného zástupce
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			